

福島医発第 523 号  
平成16年 6月11日



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会  
会 長 竹 嶋 康 弘



### 診療用放射線の過剰照射の防止等の徹底について

標記の件につきましては、平成16年4月30日福島医発第265号にて通知しておりましたが、今般、日本医師会より別添のとおり通知がありましたのでお知らせいたします。

本件は、先般の通知の結果、診療用高エネルギー放射線発生装置による過剰照射と思われる事例があったとの報告がなされたことを受け、医療機関の取組状況等を把握するものであります。

なお、本件の対象医療機関は、別添の（参考）に掲げられている診療用高エネルギー放射線発生装置や診療用放射線照射装置を用いて診療を行っている医療機関に限られます。

つきましては、本件についてご了解いただくとともに、貴会会員への周知方につきご高配賜りますようお願い申し上げます。

---

小郡三井医師会より

担当理事 島田昇二郎

(地 34)

平成 16 年 6 月 2 日

都道府県医師会

担 当 理 事 殿

日本医師会常任理事

青 木 重 孝

診療用放射線の過剰照射の防止等の徹底について

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、診療用放射線の過剰照射の防止につきましては、先般、平成 16 年 4 月 20 日付日医発第 58 号（地 16）の文書をもって、貴会宛に厚生労働省通知を送付しております。

今般、厚生労働省医政局指導課長より各都道府県等衛生主管部（局）長宛に標記の通知が発出されるとともに、本会に対してもその周知方依頼がありました。

本件は、先般の通知発出の結果、診療用高エネルギー放射線発生装置による過剰照射と思われる事例があったとの報告がなされたことを受け、医療機関の取組状況等を把握するものであります。

本件の対象は、別添の（参考）に掲げられている診療用高エネルギー放射線発生装置や診療用放射線照射装置を用いて診療を行っている医療機関に限られます。これらの装置を備えていない医療機関は対象ではありませんので、ご留意ください。

つきましては、貴会におかれましても、本件についてご了解いただきますようよろしくお願い申し上げます。



医政指発第0525002号

平成16年5月25日

社団法人日本医師会

常任理事 青木 重孝 殿

厚生労働省医政局指導課長

渡延 忠

### 診療用放射線の過剰照射の防止等の徹底について

標記について、別添のとおり各都道府県・政令市・特別区衛生主管部（局）長あて通知しましたので、その趣旨をご了知いただき、傘下会員に対する周知方よろしくお願いいたします。

( 参 考 )

○ 診療用高エネルギー放射線発生装置

診療の用に供する一メガ電子ボルト以上のエネルギーを有する電子線又はエックス線の発生装置

( 例 ) ・ 直線加速装置

( リニアック、ライナック、マイクロトロン、サイバーナイフ等 )

○ 診療用放射線照射装置

放射性同位元素で密封されたものを装備している診療の用に供する照射機器で、その装備する放射性同位元素の数量が三・七ギガベクレルを超えるもの ( 放射性同位元素装備診療機器を除く )

( 例 ) ・ 遠隔照射装置

( テレコバルト等 )

・ ガンマナイフ装置

・ アフターローディング装置 [ R A L S 装置 ]

写

医政指発第0525001号  
平成16年5月25日

各 

|      |
|------|
| 都道府県 |
| 政令市  |
| 特別区  |

 衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省医政局指導課長

### 診療用放射線の過剰照射の防止等の徹底について

標記については、「診療用放射線の過剰照射の防止等の徹底について」（平成16年4月9日医政指発第0409001号厚生労働省医政局指導課長通知）により、貴管下において診療用高エネルギー放射線発生装置（医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第24条第1号）、診療用放射線照射装置（同条第2号）等を用いて診療を行っている医療機関に対する指導方お願いしてきたところである。これを受け、当該医療機器を保有している医療機関が点検をした結果、診療用高エネルギー放射線発生装置（リニアック装置）による過剰照射と思われる事例（複数）につき、当課に報告が寄せられているところである。

今般、当課において、上記通知を受け貴職が指導により把握した貴管下医療機関の取組の状況等について把握することとしたので、別添様式1により、平成16年7月30日までに、当職宛て提出をお願いしたい。なお、貴管下医療機関から報告を求めるに当たっての参考例を別添様式2の通り作成したので、適宜活用いただきたい。

なお、事故等により放射線障害が発生し、又は発生するおそれがある場合には、医療法施行規則第30条の25により、直ちにその旨を病院又は診療所の所在地を管轄する保健所、警察署、消防署その他関係機関に通報するとともに、放射線障害の防止に努めなければならないとされていることから、その遵守についても併せて指導方よろしく願います。

(別添様式1) 厚生労働省への提出様式(都道府県・政令市・特別区記入用)

地方公共団体名: \_\_\_\_\_

### 1. 管下医療機関における診療用高エネルギー放射線発生装置の点検の実施状況等

| 通<br>番 | 医療機関名       |             | 製 作 者 名 | 型 式 | 設置年月日                   | 機器設定の点検実施の状況   |             |             |             |                    |                |             |             | 予<br>定<br>な<br>し<br>(**) |                          |
|--------|-------------|-------------|---------|-----|-------------------------|----------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|----------------|-------------|-------------|--------------------------|--------------------------|
|        |             |             |         |     |                         | 実施済            |             |             |             |                    | 実施予定           |             |             |                          | 予<br>定<br>な<br>し<br>(**) |
|        |             |             |         |     |                         | 実 施 日          |             |             |             | 誤設定等の<br>判明<br>(*) | 実 施 予 定 日      |             |             |                          |                          |
| 1      | (例)<br>○○病院 | 1<br>2<br>3 |         |     | 年 月 日<br>年 月 日<br>年 月 日 | 平成<br>平成<br>平成 | 年<br>年<br>年 | 月<br>月<br>月 | 日<br>日<br>日 | 有・無<br>有・無<br>有・無  | 平成<br>平成<br>平成 | 年<br>年<br>年 | 月<br>月<br>月 | 日<br>日<br>日              |                          |
| 2      | 大学病院        | 1<br>2      |         |     | 年 月 日<br>年 月 日          | 平成<br>平成       | 年<br>年      | 月<br>月      | 日<br>日      | 有・無<br>有・無         | 平成<br>平成       | 年<br>年      | 月<br>月      | 日<br>日                   |                          |
| ⋮      |             | ⋮           |         |     | ⋮                       |                | ⋮           |             |             | ⋮                  |                | ⋮           |             |                          |                          |

### 2. 管下医療機関における診療用放射線照射装置の点検の実施状況等

| 通<br>番 | 医療機関名       | 製 作 者 名 | 型 式 | 設置年月日 | 機器設定の点検実施の状況   |          |        |        |                    |            |           |          |        | 予<br>定<br>な<br>し<br>(**) |        |  |
|--------|-------------|---------|-----|-------|----------------|----------|--------|--------|--------------------|------------|-----------|----------|--------|--------------------------|--------|--|
|        |             |         |     |       | 実施済            |          |        |        |                    |            | 実施予定      |          |        |                          |        |  |
|        |             |         |     |       | 実 施 日          |          |        |        | 誤設定等の<br>判明<br>(*) |            | 実 施 予 定 日 |          |        |                          |        |  |
| 1      | (例)<br>○○病院 | 1<br>2  |     |       | 年 月 日<br>年 月 日 | 平成<br>平成 | 年<br>年 | 月<br>月 | 日<br>日             | 有・無<br>有・無 |           | 平成<br>平成 | 年<br>年 | 月<br>月                   | 日<br>日 |  |
| 2      | 大学病院        | 1       |     |       | 年 月 日          | 平成       | 年      | 月      | 日                  | 有・無        |           | 平成       | 年      | 月                        | 日      |  |
| 3      | □□病院        | 1       |     |       | 年 月 日          | 平成       | 年      | 月      | 日                  | 有・無        |           | 平成       | 年      | 月                        | 日      |  |
|        |             | ⋮       |     |       | ⋮              |          | ⋮      |        |                    | ⋮          |           |          | ⋮      |                          |        |  |

### 3. 点検の結果(概況)

|                  | 施 設 数 | 台 数 | 点検実施済台数 | 誤設定判明台数 | 点検実施予定台数 | 点検予定なし台数 |
|------------------|-------|-----|---------|---------|----------|----------|
| 診療用高エネルギー放射線発生装置 | 施設    | 台   | 台       | 台       | 台        | 台        |
| 診療用放射線照射装置       | 施設    | 台   | 台       | 台       | 台        | 台        |
| 施設数の合計(重複を除く)    | 施設    |     |         |         |          |          |

#### (記載上の注意)

- ・別添様式2により提出されたものについて列記するとともに、施設数、台数について集計したものを記入すること。
- ・(\*)：点検の実施により誤設定等の不具合が判明した医療機関及び(\*\*)：点検の予定がない医療機関については、提出された別紙詳記の写しを提出すること。
- ・欄が足りない場合は、適宜寸法を増減して差し支えない。

(別添様式2) 都道府県・政令市・特別区への提出様式(医療機関記入用)

医療機関名: \_\_\_\_\_

1. 診療用高エネルギー放射線発生装置の点検の状況

| 製作者名 | 型 式 | 設置年月日 | 機器設定の点検実施の状況 |          |                 |      |           |  |              |
|------|-----|-------|--------------|----------|-----------------|------|-----------|--|--------------|
|      |     |       | 実施済          |          |                 | 実施予定 |           |  | 予定なし<br>(**) |
|      |     |       |              | 実 施 日    | 誤設定等の<br>判明 (*) |      | 実 施 予 定 日 |  |              |
|      |     | 年 月 日 |              | 平成 年 月 日 | 有・無             |      | 平成 年 月 日  |  |              |
|      |     | 年 月 日 |              | 平成 年 月 日 | 有・無             |      | 平成 年 月 日  |  |              |
|      |     | 年 月 日 |              | 平成 年 月 日 | 有・無             |      | 平成 年 月 日  |  |              |
|      |     | 年 月 日 |              | 平成 年 月 日 | 有・無             |      | 平成 年 月 日  |  |              |
|      |     | 年 月 日 |              | 平成 年 月 日 | 有・無             |      | 平成 年 月 日  |  |              |

2. 診療用放射線照射装置の点検の状況

| 製作者名 | 型 式 | 設置年月日 | 機器設定の点検実施の状況 |          |                 |      |           |  |              |
|------|-----|-------|--------------|----------|-----------------|------|-----------|--|--------------|
|      |     |       | 実施済          |          |                 | 実施予定 |           |  | 予定なし<br>(**) |
|      |     |       |              | 実 施 日    | 誤設定等の<br>判明 (*) |      | 実 施 予 定 日 |  |              |
|      |     | 年 月 日 |              | 平成 年 月 日 | 有・無             |      | 平成 年 月 日  |  |              |
|      |     | 年 月 日 |              | 平成 年 月 日 | 有・無             |      | 平成 年 月 日  |  |              |
|      |     | 年 月 日 |              | 平成 年 月 日 | 有・無             |      | 平成 年 月 日  |  |              |
|      |     | 年 月 日 |              | 平成 年 月 日 | 有・無             |      | 平成 年 月 日  |  |              |
|      |     | 年 月 日 |              | 平成 年 月 日 | 有・無             |      | 平成 年 月 日  |  |              |

(記載上の注意)

- ・機器設定の点検実施の状況については、実施済、実施予定、予定なしのいずれかの欄に○を記入した上で各項目を記入すること。
- ・(\*)：点検の実施により誤設定等の不具合が判明した場合、誤設定等の状況、誤設定等の生じた経緯、過剰照射・過少照射等の発生の状況、判明後の経過、院内における医療放射線安全対策方針その他特記すべき事項について、別紙1により詳記すること。
- ・(\*\*)：点検の予定がない場合、点検を実施しない理由、院内における医療放射線安全対策方針その他特記すべき事項について、別紙2により詳記すること。
- ・欄が足りない場合は、適宜寸法を増減して差し支えない。

( 別紙 1 )

医療機関名 : \_\_\_\_\_

誤設定等の状況

誤設定等の生じた経緯

過剰照射・過少照射等の発生の状況

判明後の経過

院内における医療放射線安全対策方針

その他特記すべき事項

注：欄が足りない場合は、適宜寸法を増減して差し支えない。

( 別紙 2 )

医療機関名 : \_\_\_\_\_

点検を実施しない理由

院内における医療放射線安全対策方針

その他特記すべき事項

注：欄が足りない場合は、適宜寸法を増減して差し支えない。